Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 157, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 28 stycznia 1882. **№ 4.** Rok XXI.

I. O oznaczaniu dolnéj granicy żołądka.

(Rzecz wykonana w klinice lek. tudzież w zakładzie anat. patolog. Uniw. Jagiell.)

Napisał Dr. **Stanisław Ponikło**
Docent Uniw. Jagiell. Asystent kliniki lek.

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 3).

Doświadczenia. A) Na zwłokach.

D. 1) J. T., l. 64. Pleuropneumonia dextra. Wprowadziłem zgłębnik żołądkowy i przez takowy wpompowałem w ułożeniu zwłok siedzącém 2000 cm. płynu. (Zgłębnik tylko lekko podwiązałem około ścian przełyku, aby powietrze wypierane płynem z jamy żołądka około zgłębnika na zewnątrz uchodzić mogło). Otrzymałem przy opukiwaniu odgłos wypukowy stłumiony w granicach oznaczonych w przybliżeniu na fig. 1.

Fig. 1.



Jan Tora, l. 64 — *Pleuropneumonia dextra*.
ab poziom płynu,
cd dolna granica stłumienia od płynu (2000 cm.),
ef „ „ „ „ „ (2500 cm.),
gh „ „ „ „ „ (3000 cm.).

Poziom takowego *ab* wychodził z pod dolnego brzegu wątroby nieco poza liniją przymostkową prawą i dotykał bieżąc linii pozioméj w linii sutkowéj lewéj dolnego brzegu chrząstki żebra 8go w najniższym jéj punkcie. Dolna granica stłumienia *cd* przebiegała w LPMpr.

8 cm. + p. pępka
w LPMl 3 cm. + p. pępka
w LSt 4 cm. + p. pępka.

Po wpompowaniu dalszych 500·00 płynu granica dolna obniżyła się nieco więcéj niż o 1 cm., również po wpompowaniu dalszych 500·00 płynu (razem 3000 płynu).

Dolny koniec zgłębnika dał się wymacać po wpompowaniu 2000·00 płynu na 2 cm. na lewo od linii sutkowéj lewéj, na 2 cm. wyżéj poziomu pępka. Po ułożeniu zwłok na grzbiecie stłumienie w zupełności ustąpiło a wystąpił natomiast odgłos jawny bębenkowy. (Dwunastnica w tym przypadku podwiązaną nie była).

D. 2. W. K., l. 31. Przez same opukiwanie dolnéj granicy oznaczyć nie można. Wpompowano 500·00 płynu i ustawiono zwłoki w pozycyi pionowéj. Powstał wąski (na 2 — 3 cm.) pas stłumienia, którego dolna granica przebiegała w linii środkowéj w połowie odstępu wyrostka mieczykowatego od pępka, w linii sutkowéj lewéj o 1 cm. niżéj. Po wpompowaniu dalszych 500 cm. płynu granica dolna obniżyła się nieco (mniéj niż o 1 cm.). Na tychże samych zwłokach doświadczano metody badania płynu Rosenbacha, o czém poniżéj.

D. 3. Dziewczyna 10 letnia. Zapomocą perkusyi granic żołądka oznaczyć nie można. Po podwiązaniu dwunastnicy wpompowano 1 litr płynu i ustawiono zwłoki w pozycyi siedzącéj (utrzymywane przez posługaczy w téj pozycyi). Wykazano stłumienie, którego dolna granica znachodziła się na 6 cm. wyżéj pępka w linii środkowéj. Po wpompowaniu dalszych 500·00 płynu granica dolna stłumienia była ustawiona na 3 cm. wyżéj pępka, obniżyła się zatém o 2 cm. Poniżéj odgłos wypukowy jawny, bębenkowy wysoki.

Doświadczenia. B) Na chorych.

D. 1. A. M., l. 47. Przez opukiwanie bezpośrednio żołądek oznaczyć się nie da. Przy położeniu na wznak jakotéż w pozycyi stojącéj otrzymujemy wszędzie odgłos wypukowy jawny bębenkowy prawie jednakowéj wysokości. Po wypiciu 300·00 płynu wykazać można w pozycyi siedzącéj, stłumienie, którego dolna granica znachodzi się w linii środkowéj na 7 cm. wyżéj poziomu pępka, w linii przymostkowéj lewéj na 5 cm., w linii sutkowéj i pachowéj na 4 cm. wyżéj pępka.

D. 2. J. S., l. 28. *Diabetes mellitus. Dilatatio ventriculi* Po wypiciu 300·00 płynu daje się z łatwością wykazać stłumienie w linii przymostkowéj lewéj i sutkowéj lewéj na 5·5 cm. niżéj poziomu pępka, poziom płynu na 2·5 cm. niżéj pępka; poniżéj stłumienia odgłos wypukowy bębenkowy wysoki. W położeniu kolankowo-łokciowém wystąpiło stłumienie od linii sutkowéj prawéj aż do pachowéj przedniéj lewéj, przechodzące mniéj więcéj poziomo 3 cm. wyżéj pępka Założono zgłębnik Nr. 12, który wszedł z łatwością na 47 cm. od zębów; dolnego końca takowego jednak z powodu znacznego napięcia powłok brzusznych wymacać nie można. Długość zgłębnika założonego zgadza się w przybliżeniu z granicą stłumienia od płynu (osobna bardzo niskiego wzrostu).

D. 3. J. K., kobieta, l. 40. *Catarrhus ventriculi chronicus.* Okolica dołka podsercowego nieco wypuklona. Wyraźne pluskanie płynu w żołądku przy potrząsaniu. W pozycyi siedzącéj otrzymujemy stłumienie odgłosu wypukowego od płynu w granicach następujących: dolna granica stłumienia

LPMpr = 1 cm. + p. pępka
w Lsr = ± 0 p. pępka
LStl = ± 0 p. pępka
LPr = 1 cm. + p. pępka.

Poziom płynu na 4 cm. wyżéj. Poniżéj odgłos wypukowy bębenkowy, wysoki.

Po wypiciu 300·00 płynu dolna granica obniżyła się o niespełna $1\frac{1}{2}$ cm.

D. 4. E. K., l. 48. *Catarrhus ventriculi chronicus. Dilatatio ventriculi.* Przy perkusyi bezpośrednio wykonanéj w pozycyi na wznak tylko bardzo niewyraźne różnice wysokości. W pozycyi stojącéj (wyraźne pluskanie przy potrząsaniu) wybadano zakres stłumienia w granicach następujących:

Poziom górny płynu: LSr = ± 0 pępek
LPMl = 1 cm. + p. pępka
LStl = 3 cm. + p. pępka
Granica dolna płynu w LSr = 8 cm. — p. pępka
LPMl = 6 cm. — p. pępka
LSt = } LPp = } 5 cm. — p. pępka.

Powyżéj stłumienia odgłos bardzo wyraźny bębenkowy niski z podźwiękiem metalicznym.

D. 5. J. G., l. 18. *Hysteria.* Próżny żołądek przez perkusyję oznaczyć się nie da. Ponieważ chorą z powodu skurczu przełyku sztucznie karmiono, badanie po wpompowaniu 1500 cm. sześć. wykazało stłumienie od płynu w granicach następujących

Poziom płynu w LSr 4 cm. + p. pępka
LPMl 3·5 cm. + p. pępka
LStl 3·5 cm. + p. pępka
LPp 5 cm. + p. pępka.
Dolna granica w LSr = 3·5 cm. — p. pępka
LPMl = 0·5 cm. — p. pępka
LStl = 0·5 cm. — p. pępka.
LPp = ± 0 p. pępka.

D. 6. H. S., l. 19, zdrowa. Po wypiciu 750·00 płynu wybadano stłumienie pochodzące od płynu na 3 cm. szerokie w granicach następujących: LSr = połowa odstępu wyrostka mieczykowatego od pępka. LPMl i LStl o 2 cm. wyżéj; LPp = poziom łuku żebrowego w najniższym tegoż punkcie (dolna granica). Przy położeniu na wznak w tymże zakresie występował odgłos wypukowy jawny.

D. 7. A. G., l. 71. *Emphysema pulmonum. Catarrhus ventriculi chronicus.* Przy pozycyi na wznak przez opukiwanie

Fig. 2.



A. Giiselli, l. 71 — *Dilatatio ventriculi. Insufficientia muscularis ventriculi.*

ab poziom płynu (500 cm.),
cd dolna granica stłumienia od płynu (500 cm.),
ce „ „ „ „ „ (1000 cm.).
bdehi zakres stłumienia przy pozycyi na bok lewy,
acgf zakres stłumienia przy położeniu na boku prawym.

bezpośrednie nie można oznaczyć granic żołądka. Wprawdzie otrzymujemy w różnych miejscach brzucha odgłos wypukowy różnéj wysokości, jednak w granicach bardzo nieregularnych i w czasie badania zmieniających się. Chory wypił od razu 500·00 płynu, poczém wystąpiło w pozycyi siedzącéj stłumienie odgłosu wypukowego (od płynu) w następujących granicach: Poziom płynu przedstawiający mniéj więcéj linię poziomą znachodzi się w linii

LPMl = 3 cm. + p. pępka
w LSls = 4 cm. + p. pępka.
Dolna granica stłumienia w LPMl 3 cm. — p. pępka
w LStl 3 cm. — p. pępka
w LPp 2 cm. — p. pępka.

Następnie chory wypił dalsze 500·00 płynu, zatém razem 1000·00 płynu. Dolna granica obniżyła się o 3·5 cm., poziom płynu pozostał niezmieniony. Przy pozycyi na boku lewym poziom płynu (stłumienia) przebiegał w linii środkowéj, przy położeniu zaś na boku prawym w linii pozioméj na 2 cm. na lewo od linii środkowéj. Przy położeniu na wznak wszędzie odgłos jawny, bębenkowy. Na podstawie podanych wyników badania rozpoznano rozszerzenie żołądka znacznego stopnia, (prawidłowy żołądek nawet po wypełnieniu bardzo znaczną ilością płynu nie obniży dolnéj swéj granicy poniżéj poziomu pępka).

Nadto dodanie dalszych 500·00 płynu nie podniosło w tym przypadku poziomu płynu, tylko wyłącznie obniżyło dolną granicę.

Zestawienie doświadczeń: Tak doświadczenia na zwłokach jak na żyjących pouczają nas, iż żołądek wypełniony naturalnie lub sztucznie nieco znaczniejszą ilością płynu można wybadać za pomocą perkusyi; w doświadczeniach odnośnych na zwłokach sekcyja potwierdziła każdorazowo w zupełności wynik badania. Badanie to jednak nie da się w każdym przypadku wygodnie zastósować: nieco grubsze powłoki brzuszne, podściółka tłuszczowa obfita, napięcie mięśni brzusznych przy pozycyi stojącéj utrudniają wielce badanie lub dają wyniki względne. Dla tego należy chorego badać w kilku pozycyjach i kontrolować w ten sposób wyniki badania wzajemnie. Powyższe i wiele innych doświadczeń w tym kierunku czynionych przy sposobności wypłukiwania żołądka w przypadkach „rozszerzenia“, potwierdzają zdanie Penzoldta, iż poziom pępka jest najniższą dolną granicą żołądka prawidłowego nawet po wlaniu do takowego znacznych ilości płynu: w przypadkach, gdzie dolna granica leży niżéj od poziomu pępka, żołądek należy uważać za „rozszerzony“.

Przypadek 7 jest pięknym przykładem „rozszerzenia żołądka“. Do przypadku tego odwołam się jeszcze późniéj ze względu na towarzyszącą „rozszerzeniu“ niedomogę mięśniową.

Wnioski: 1) Badanie dolnéj granicy żołądka przez wlewanie płynu jest dość pewną metodą badania rozmiarów żołądka.

2) Najkorzystniéj badać chorego w pozycyi siedzącéj.

3) Poziom pępka stanowi najniższą granicę żołądka prawidłowych rozmiarów.

4) Stłumienia od płynu należy szukać po stronie lewéj, rzadko tylko przekracza ono znaczniéj liniję środkową ciała na prawo.

5) Sposób ten badania uważałbym za pewniejszy od metody wydymania żołądka kwasem węglowym. (C. d. n.)

II. Oceny i sprawozdania.

Gerhardt: **Handbuch der Kinderkrankheiten**. Tybinga 1881. Nowe wydanie poszytowe drugiego znacznie pomnożonego nakładu. Zeszyt 2gi in 8vo str. 337.

Fizyjologija wieku dziecięcego dokończona w niniejszym zeszycie, a rozpoczęta w zeszycie 1szym (p. Nr. 51 Przegl. Lek. z r. 1881), opatrzona 13 tablicami i 125 tabelami, zajmuje się na wstępie podziałem wieku dziecięcego na okresy mające racyjonalną podstawę, ogólnemi własnościami ustroju dziecięcego, snem i zachowaniem się dziecka podczas takowego, przyczém głównie podnosi badania Rosenbacha tyczące się zachowania się dziecka śpiącego względem bodźców zewnętrznych. Obznajamia nas dalej ze sprawą zrośnięcia i jéj prawidłami, przyczém przekonywającemi są tablice zestawione przez Loreya, Queteleta, Bowditcha i Liharzika, z różnicami krwi dzieci i dorosłych tak co się tyczy składników chemicznych jak i morfologicznych, z krążeniem, z którego rozdziału podnieść wypada ustępy o przejściu krwi łożyskowéj do systemu naczyniowego noworodka i o szmerach naczyniowych, mianowicie śródczaszkowych, z trawieniem i chłonieniem, z któréj to części ważnym znów jest ustęp o czynnościach mechanicznych narządów trawienia: mianowicie co się tyczy mechanizmu ssania odrzuca autor tłumaczenie Robina, Magitota i Allixa jakotéż innych, jakoby gęba przedstawiała ściany pompy ssącéj a język tłok w takowéj się posuwający i rozcieńczający powietrze, i dowodzi, że rozcieńczenie powietrza w gębie i następowa aspiracyja mleka z piersi polega na obniżaniu się szczęki dolnéj, gdyż język obejmuje sutek od dołu stanowiąc tylko rynienkę. W części dotyczącéj czynności oddychania spotykamy się z ustępem o pierwszym ruchu oddechowym. Co do przyczyny wywołującéj takowy zgadza się autor ze zdaniem, iż zniesienie wymiany łożyskowéj gazów z następującém zubożeniem krwi w tlen a wzmożeniem się w kwas węglowy sprawia podrażnienie ośrodków oddechowych w rdzeniu przedłużonym, przy czém jednak wpływu odruchom skórnym nie odmawia, nie są one atoli przyczyną główną. Co do faktu, iż po podniesieniu się żeber przy pierwszym wdechu takowe do pierwszego położenia więcéj nie wracają, nie daje stanowczego tłumaczenia, lecz przypomina tylko teoryję Bernsteina o urządzeniu stawów kręgowo żebrowych. Co się tyczy czynności skóry i wydzielania moczu uwzględnia autor bardzo staranne badania Camuseresa i Crusego, stwierdza okoliczność, iż mocz osesków ubogi jest w kwas fosforowy a obfituje w siarkany; co się tyczy ciepłoty dziecka i wpływów na takową uwzględnia wyniki doświadczeń Jürgensena i Demmego, zgadza się z twierdzeniem, iż ciepłota matki niższą jest od ciepłoty noworodka tuż po urodzeniu, przytacza zajmujące spostrzeżenia Demmego, iż we śnie lub podczas pobytu w miejscu ciemném ciepłota się obniża, podczas krzyku o kilka dziesiętnych stopnia podnosi. W dalszéj części znajdujemy ważne prawidło tyczące się ogólnéj wymiany pierwiastków, w ustępach obejmujących czynności układu nerwowego i mięśniowego wyczerpujące uwzględnienie fizyjologii chodu z bardzo ciekawemi doświadczeniami H. Vierordta, a wreszcie w części poświęconéj czynnościom zmysłów i duszy nadzwyczaj trafne spostrzeżenia co do rozwoju psychicznego, co do afektów, popędu do naśladowania i co do przyswajania mowy.

Pielęgnowanie i odżywienie dziecka, skreślone z wielkim humorem przez prof. Jacobiego z Nowego Yorku, zawiera wszystko, co tylko dotychczas na polu dyjetetyki dziecięcéj omówionem zostało, opiera się li tylko na ścisłych podstawach fizyjologicznych występując śmiało przeciw doktrynom czy to uświęconym długoletnią tradycyją lub téż popartym przez powagi w dziedzinie pedyjatryi a jednakże mylnym. Po uwzględnieniu najrozmaitszych, a często i najdziwaczniejszych, zdań obcych wyjawia zazwyczaj zapatrywania swoje w odnośnych kwestyjach, a czyni to tak jasno, zrozumiale i przekonywająco, iż ustępy odnośne z wielką łatwością a jeszcze większą korzyścią mogłyby być i przez laików, a zwłaszcza przez matki, czytane, a nie wątpię, że i zrozumiane. Wyniki z badań i obserwacyj zbiera w końcu w sposobie aforyzmów, z których tu niektóre podaję:

Obok nędzy, nieświadomości, zbrodni i zaniedbania karmienia, należy do najgłówniejszych przyczyn tak wygórowanéj śmiertelności dzieci, także i brak odpowiedniego rozumnego pielęgnowania dziecka i zawczesne lub nieodpowiednie karmienie sztuczne. Ponieważ 40—60% wszystkich przypadków śmierci u dzieci niżéj roku jest wynikiem chorób przewodu pokarmowego, to i dyjetetyka dziecka jest głównie dyjetyką narządów trawienia. Nadto zagrażają noworodkowi i niebezpieczeństwa ze strony oddechania jak i krążenia, które to czynności prędko wyrównać się muszą. Co dla płodów zawcześnie urodzonych zdziałać można, tego dowodzą liczne, a nader zajmujące, przypadki, zebrane przez Ahlfelda.

Co się tyczy prędszego czy późniejszego podwiązania pępowiny to w pojedyńczych przypadkach różne są wskazania, za regułę uważa podwiązanie pępowiny wtedy, skoro dziecko już kilka razy mocno zakrzyczało. Kąpiele stosowane winny być ciepłe, zmywania zimne można dopiero po miesiącach rozpocząć. Najodpowiedniejszą ciepłotą jest 34°C. w pierwszych miesiącach, a późniéj niższa, aż do roku 2go nie powinna być niższą od 24°. Z wyjątkiem głowy należy dziecko ciepło trzymać. Powojniki należy raz stanowczo usunąć. Dzieci ciężkie mniéj tracą na wadze w pierwszych dniach po urodzeniu, niż lekkie, i prędzéj ich przybywa. Karmienie mlekiem krowiém zwalnia przybywanie na ciężarze, przybywanie to jest najwyraźniejszém i największém, jeżeli natychmiast karmi się dziecko piersią matki. Koło 8go do 10go miesiąca wypada dziecko odstawić; jeżeli pokazują się oznaki krzywicy, odłączenie od piersi jeszcze wcześniéj nastąpić powinno. Mamki najlepiéj zostawić przy tém pożywieniu, przy którém dawniéj najlepiéj się miały, z dodatkiem jednak miernéj ilości istot białkowatych i znacznych ilości napoju. Galactagoga wartości nie mają. Galwanizowanie piersi zwiększa czasem wydzielanie mleka. Mleko krowie nie okazuje stale jednéj reakcyi. Najlepiéj nie używać mleka jednéj krowy, lecz mleka zmięszanego z krow jednéj stajni ewentualnie mleczarni. Mleko ma zawsze być gotowaném i rozwodnioném. Rozwodnienie zwiększa strawność sernika, i przyczynia się do większéj sekrecyi pepsyny. Mleko musi nadto otrzymać pewną poprawkę co do soli kuchennéj. Pożywka Biederta nie okazała się tak doskonałą, za jaką ją poczytano. W ogóle jest on przeciwny używaniu fabrykatów mleka zgęszczonego itd., gdyż nie można nigdy liczyć na dobroć i tożsamość takowego. Jeżeli się noworodkom podaje istoty skrobiowate, co właściwie jest błędném, to winno się je przynajmniéj podawać w małych bardzo ilościach i gotowane. Surogaty kupne mleka są nieodpowiednie i celu swego nie dopełniają. Z pożywek mącznych zaleca mąkę jęczmienną i owsianą; ta ostatnia ma własności lekko rozwalniające. Dodatek gumy arabskiéj lub żelatyny do mleka służy nie tylko do dokładnego rozdzielenia części mleka, lecz także wprost do odżywienia. W dni gorące wskazanym jest dodatek małéj ilości alkoholu. Pokarm winny dzieci dostawać we flaszeczce, gdyż w skutek czynności ssania pobudzone zostają ruchy robaczkowe jelit.

W podobny sposób przechodzi autor wszystkie pytania tyczące się odżywienia i pielęgnowania, tłumacząc je i opierając na doświadczeniach fizyjologicznych i na długoletnich doświadczeniach, o czém bardzo zajmujące napotyka się ustępy. W końcu poświęca Jacobi dwa ustępy pielęgnowaniu zębów jakotéż uprawianiu zmysłów i umysłu, do których chcących o tém bliższe mieć wiadomości niniejszém odsyłam.

Ponieważ z terapii ogółowéj dopiero część się ukazała wstrzymuję się z podaniem o niéj wiadomości aż do ukończenia w następnym poszycie. *tt.*

P. Myrdacz: **Sanitäts-Geschichte und Statistik der Occupation Bosniens und der Hercegowina im Jahre 1878.** Wien, und Leipzig. Urban und Schwarzenberg, 1882, XII i 420 stron, w 8ce.

Dzieła wojenno-lekarskie mało nas dotąd co prawda zajmowały, nie mieliśmy bowiem powodu bliżéj w nich się rozczytywać; choć z drugiéj strony nie wieleby się znalazło pod tym względem zaległości. Po większéj części spotykaliśmy się z częściowemi sprawozdaniami i to przeważnie napisanemi przez lekarzy cywilnych, którzy jako ochotnicy w téj lub owéj wojnie brali czynny udział.

Niniejsze dzieło stanowi korzystny wyjątek. Autor zabrał się z całą sumiennością i gorliwością do przejrzenia urzędowo-lekarskich zapisków, dotyczących zajęcia Bośnii i Hercegowiny przez wojska austryjackie; a jeżeli można tu mówić o jakich niedokładnościach, to winy nie ponosi już autor, lecz owe urzędowe sprawozdania, a raczéj wyjątkowe stosunki, w jakich one były sporządzane. Naturalnie że dziełko to nie może iść w porównanie z ogólnie znaną pracą amerykańską Otisa, przeciw czemu już sam autor w przedmowie się zastrzega, w każdym razie stanowi ono zaokrągloną całość i może bardzo dobrze pouczyć o trudach i mozołach, jakotéż i przeciwieństwach, z jakiemi musiała walczyć sama armija, a znów w szczególności, na jakie byli narażeni lekarze wojskowi w niéj służący.

Nie jesteśmy kompetentni jako niefachowi do rozbioru krytycznego tego ściśle wojenno-lekarskiego dzieła, tyle tylko nadmienimy, że z przyjemnością przeczytaliśmy książkę tę i polecamy ją bardzo gorąco osobliwie wszystkim tym kolegom, którzy, obowiązani do służby wojskowéj, w obec zbierających się chmur na południowo-wschodnim widokręgu wkrótce mogą się znaleźć w położeniu korzystania z cennych uwag nagromadzonych w omawianém dziełku. *α.*

Prof. Bizzozero (w Turynie): **O nowéj części składowéj krwi zwierząt ssących i jéj znaczeniu pod względem sprawy zakrzepowéj i krzepnienia w ogóle.**

Badając obieg krwi w małych naczyniach śródjelicia u królików lub świnek morskich poprzednio za pomocą chloralu znieczulonych spostrzegł B., obok ciałek czerwonych i bezbarwnych krążące ciałka od tamtych odmienne. Są to bardzo blade, bezbarwne, owalne lub okrągłe, krążkowate lub soczewkowate płytki, o średnicy 2—3 razy mniejszéj od średnicy ciałek czerwonych, a pomiędzy niemi rozsiane i krążące. Że liczni badacze krwi krążącéj dotychczas tych ciałek nie widzieli, pochodzi ztąd, że one są bezbarwne i przeźroczyste, że ilość ich jest bardzo mała w porównaniu z ciałkami czerwonemi, że są mniéj widoczne od ciałek białych i że u zwierząt ssących bezpośrednie spostrzeganie obiegu krwi w małych naczyniach połączone jest z trudnościami. Płytki w mowie będące są widocznemi i we krwi świeżo wypuszczonéj; skupiają one się koło ciałek bezbarwnych lub wznoszą się do wierzchnich warstw płynu przylegając do szkiełka pokrywkowego. Zmieniając się szybko nabierają wejrzenia ziarnistego i przedstawiają owe kupki ziarenek, o których wspominają histologowie. Postać ich można zachować bez zmiany za pomocą odpowiednich odczynników; najlepszym jest obojętny roczyn soli kuchennéj, zabarwiony fijołkiem metylowym, który zachowuje i ciałka krwi czerwone oraz bezbarwne. We krwi ludzkiéj płytki bardzo prędko się zmieniają, dlatego w celu badania ich postępuje się w ten sposób, że po ukłóciu palca rankę pomazuje się kroplą wspomnionego rozczynu, przez ucisk na palec wywarty wydobywa się kroplę krwi, która bezpośrednio styka i mięsza się z rozczynem i służy do badania. Płytek jednak najpiękniejszych dostarcza krew świnek morskich.

Jakkolwiek dotychczas B. nic pewnego nie umie podać o pochodzeniu płytek, wyklucza jednak powstawanie ich

z rozpadu ciałek bezbarwnych; płytki bowiem mają postać typową a w treści ciałek bezbarwnych nie znachodzi się żaden składnik do nich podobny.

Porównanie krwi krążącéj z wypuszczoną rozwiązuje otwartą dotąd kwestyję odnoszącą się do t. zw. kupek ziarenkowych krwi, które autorowie uważają przeważnie jako prawdziwe ziarenka, pochodzące z rozpadu ciałek krwi bezbarwnych, podczas gdy Hayem wywodzi je słusznie od przeobrażenia się swoistych płytek, we krwi pierwobytnych, które nazwał hematoblastami, albowiem mylnie je uważał jako krążki wklęsło wklęsłe i jako przeznaczone do przeistoczenia się w ciałka czerwone. W rzeczywistości jednak płytki mają inną postać, składają się z istoty całkiem różnéj od pościeliska ciałek czerwonych i nigdy nie zawierają hemoglobiny.

B. przekonał się następnie, że w sprawie zakrzepowéj płytki stanowią przeważną część składową zakrzepu białego u zwierząt ssących, od nich bowiem pochodzi owa istota ziarnista, którą znajdujemy pośród ciałek bezbarwnych, a które dotąd wywodzono od rozpadu ostatnich lub od włóknika ścinającego się.

W krzepnieniu krwi płytki prawdopodobnie odgrywają ową rolę, którą Montegazza i Al. Schmidt przypisują ciałkom bezbarwnym. Już Schultze, Ranvier, Hayem i inni spostrzegali, że w ścinającéj się kropli krwi nitki włóknikowe, siatkowato połączone, zbiegają się we wspomnionych powyżéj grudkach ziarenek i ztąd wnosili, że pomiędzy temi ziarenkami a strącaniem się włóknika zachodzi ścisły związek. B. nie pisze się na zdanie Al. Schmidta, jako krzepnienie krwi zależy od ciałek białych a grudki ziarenek powstają z rozpadu ostatnich; przeciwnie B. nabrał przekonania, że krzepnienie krwi zależy od płytek w mowie będących, albowiem 1) nie spostrzegał nigdy rozpadania się wielkiéj ilości ciałek białych; 2) ścinanie się krwi następuje równocześnie ze zwyrodnieniem płytek; 3) w naczyniu krwionośném we dwóch miejscach podwiązaném krew pomiędzy ligaturami mieszcząca się pozostaje płynną przez parę godzin, a przez tenże sam czas płytki zachowują postać swoją charakterystyczną, podczas gdy we krwi upuszczonéj z żyły ulegają zwyrodnieniu w ciągu jednéj minuty. Jeżeli więc płytki zmieniają swoją postać równocześnie z krzepnieniem krwi, podczas gdy ciałka białe nie ulegały jeszcze zmianie uderzającéj,—jeżeli następnie, jak B. się przekonał, włóknik właśnie tam się strąca, gdzie płytki przylegają do nici, któremi się krew bije, — jeżeli wreszcie środki powstrzymujące zwyrodnienie płytek opóźniają także krzepnienie krwi, — więc przypuścić wypada, że krzepnienie pozostaje pod wpływem bezpośrednim płytek krwi. (*Centralblatt f. d. med. Wiss.* 1882, Nr. 2, *Vorläuf. Mitth.*)

Baumann: Tlen in statu nascendi.

Prócz tlenu zwykłego i ozonu istnieje jeszcze trzecia odmiana tlenu „tlen czynny“ czyli tlen *in statu nascendi.* Na tę trzecią odmianę tlenu zwraca prof. E. Baumann uwagę szczególniejszą i podnosi jéj znaczenie dla ustroju zwierzęcego. Tlenu czynnego, podobnie jak wodu czynnego, nie można otrzymać w stanie odosobnionym. Działanie jego, istnienie jego daje się poznać tylko po skutkach, jakie wywiera na inne ciała. Tlen czynny (jak się zdaje O) łączy się z tlenem zwykłym (O_2) w ozon (O_3). Tlen czynny jest ciałem najsilniéj ukwaszającém. Co do swego działania to tlen czynny różni się od ozonu tém, że w zetknięciu z wodą łączy się i daje nadniedokwas wodu (H_2O_2), że azot powietrza atmosferycznego ukwasza na kwas azotawy i azotowy. Tych własności ozon nie posiada. B. podaje jeszcze jeden sposób do odróżnienia tlenu czynnego od ozonu. Jeżeli się wprowadzi mięszaninę powietrza ozonizowanego z tlenkiem węglowym (CO) do wody barowéj, to zmętnienie nie występuje, nie tworzy się węglan barowy ($BaOCO_2$); czyli innemi słowy jest to dowód, że ozon wcale nie utlenia tlenku węglowego (CO) na kwas węglowy (CO_2) i nie tworzy z wodnikiem barowym ($Ba(OH)^2$) węglanu barowego. Jeżeli się zaś zamknie w rurce szklanéj hubkę paladową, naładowaną wodem, da się na to czystą wodę wapniową (wodnik wapna $Ca(OH)_2$) i wprowadzi się tlenek węglowy, to woda wapniowa się zmąci skutkiem wydzielonego węglanu wapna ($CaOCO_2$). W tym razie tlen powietrza zmienia się pod działaniem hubki paladowéj, wodem naładowanéj, w tlen czynny, a ten ukwasza niedokwas węgla CO na kwas węglowy CO_2, który znów łączy się z wapnem w węglan wapniowy ($CaOCO_2$) i sprawia zmącenie. Doświadczenia te uwidoczniają siłę utleniającą tlenu czynnego. Według spostrzeżeń Baumanna i Hoppe-Seylera, hemoglobina krwi posiada własność przemieniania tlenu zwykłego w tlen czynny, który działa tak silnie utleniająco na składniki tkanek ciała zwierzęcego. (*Hoppe-Seylers Zeitschrift für physiol. Chemie* V). *Dr. Kopff.*

Prof. Bizzozero: O znaczeniu rozpoznawczém przybłonków z pęcherzyków płuc w plwocinie.

Ziarniste komórki w plwocinach spostrzegał już dawniéj Buhl i uważał je za przybłonek pęcherzyków płuc. Z biegiem czasu podzieliły się jednak zdania badaczy. Jedni zgadzają się z zapatrywaniem Buhla (Guttmann, Smidt), podczas gdy inni (Fischl, Panizza, Senator) utrzymują, że komórki te mogą pochodzić z przybłonka warstwowego dróg oddechowych, gruczołów śluzowych, z przybłonka migotnego itp.

Bozzolo i Graziadei wykazali, że w pęcherzykach płuc są dwojakiego rodzaju komórki, a mianowicie blaszkowate, pośród których znachodzą się jakby wciśnięte, mniéj szerokie grubsze komórki zarodzinowe. Wywołując na zwierzętach sztuczne nieżytowe i dławcowe zapalenie, przekonali się, że te blaszkowate komórki ulegają tylko zmętnieniu, podczas gdy owe jakoby wsunięte zarodzinowe komórki w pęcherzykach się rozmnażają i zawierają więcéj ziarn, kulek rdzennych i barwika. Komórki takie znachodzą się zdaniem autorów w plwocinie ludzi w rozmaitych zapalnych cierpieniach płuc.

Prof. Bizzozero zgadza się z temi poglądami, przekonał się bowiem w licznych badaniach dławcowego zapalenia płuc, że w samym początku choroby pęcherzyki płucne wypełnione są prawie zupełnie wielkiemi ziarnistemi komórkami zarodzinowemi, jakkolwiek ściany pęcherzyków nie utraciły jeszcze blaszkowatego przybłonka.

Następnie przekonał się autor, że ziarniste komórki w plwocinie pochodzą z przybłonka płuc, stwierdziwszy ich morfologiczną tożsamość, jakoteż zapewniwszy się, że tego rodzaju komórkowate składniki plwociny z żadnego innego miejsca pochodzić nie mogą, gdyż 1) nie znalazł nic podobnego w badaniu fizyjologicznych lub patologicznych tworów przybłonka brukowego i migotnego; 2) gdyby zaś te komórki pochodziły z gruczołów śluzowych lub warstwowego przybłonka, musiałyby się wówczas znaleźć w śluzie nosa i połyku, a tego wykazać nie można. Opisane komórki znachodził autor nietylko w plwocinie osób chorych na płuca,

lecz nawet w przewłocznych nieżytach oskrzeli. Guttmann i Smidt znachodzili je często u osób zdrowych, którzy 30 rok życia przekroczyli. Kölliker spostrzegł w zupełnie zdrowych płucach zabitego komórki zarodzinowe bujające w pęcherzykach. Te odkrycia skłaniają do przypuszczenia, że przybłonek pęcherzyków ulega łuszczeniu. Obecność tych komórek przybłonka płuc w plwocinie wykazuje więc w ogóle jakąś zapalną sprawę w pęcherzykach, nic dając jednak możności ocenienia jakości i natężenia onejże, gdyż jak wspomniano znajdują się one tak w najcięższych zapaleniach płuc, jak również prawie fizyjologicznie w plwocinie starszych ludzi.

Obecność tych komórek w plwocinie możnaby tylko wtenczas uważać za okoliczność obciążającą, gdyby się znachodziły w znaczniejszéj ilości, a wydzielanie trwało czas długi; w takim razie przypuścić można, że istnieje przewłoczny nieżyt pęcherzyków płuc. Lecz i pośród tych stosunków nawet wiek starszy pozwala lepiéj rokować. W każdym razie jednak objawy takie u osób młodych trzeba uważać jako zwiastuny przewłocznego nieżytu szczytu płuc, w czasie kiedy przysłuch i wypuk tego cierpienia wykazać nie mogą. (*Ctrbl. f. klin. Medic.* 1881, Nr. 34) *Dr. Murdzieński.*

Prof. E. Hofmann (we Wiedniu): **O sądowolekarskiém sprawdzaniu tożsamości zwłok.**

Sprawdzanie tożsamości zwłok, które stało się potrzebném po katastrofie wiedeńskiéj, skłoniło autora do spisania niniejszych uwag ogólnych nad sądowolek. sprawdzaniem tożsamości. Obowiązek ten ciąży na lekarzu sądowym w Austryi na mocy rozporządzenia z d. 28 stycznia 1855 r., odnoszącego się do sekcyj sądowych (§§. 11, 15, 31, 32 i 48) oraz §. 127 ustawy o postęp. karném, w Prusiech zaś na mocy §. 13 regulaminu, zwłaszcza wtedy, jeżeli tożsamości zwłok nie można sprawdzić przez osoby, które zmarłego znały za życia.

Jakkolwiek może być rzeczą sporną, przynajmniéj we dług regulaminu pruskiego, czy opisanie odzieży, w któréj trupa znaleziono, należy do lekarza lub sędziego, to jednak opis téjże, jakotéż przedmiotów u trupa znalezionych, jest ważnym, gdy się rozchodzi o tożsamość, chociaż przypadek, który nie dawno zdarzył się we Węgrzech, nakazuje ostrożność pod tym względem. Otóż człowiek, który życie swoje zabezpieczył był na wielką sumę, zamordował w lesie człowieka obcego, włożył suknie swoje trupowi, notatki zaś swoje wsunął mu do kieszeni, tak że po tych przedmiotach domyślano się, że zamordowany jest owym zabezpieczonym, który znikł był nagle. Żona jego w trupie poznała niby swego męża, ale dalsi krewni nie chcieli się do niego przyznać a śledztwo w skutek tego rozpoczęte wykazało zbrodnię podwójną morderstwa i oszustwa. — U zwłok niemowlęcych należy opisać dokładnie przedmioty, w które dziecko było zawinięte, taśmę, za pomocą któréj pępowina była podwiązaną itd.—Tém większém jest znaczenie resztek odzieży i w ogóle przedmiotów znalezionych przy zwłokach gnijących. W téj mierze przypomina H. przypadek swój, przed kilku laty opisany, w którym w małéj miednicy topielca napotkano sakiewkę skórzaną, a w niéj kwit na imię właściciela. (Porów. Przegląd Lek. 1879, Nr. 14). Nadto u zwłok z ziemi wydobytych na podstawie stanu odzieży można poniekąd sądzić o czasie, jaki minął od chwili pogrzebania zwłok. W ogóle bowiem resztki odzieży jeszcze utrzymane dozwalają wnosić o upływie czasu nie zbyt odległego. Jednakowoż Moser znalazł u zwłok od lat 14 i 20 pochowanych jeszcze szczątki odzieży, a według Reinharda rozpad sukni następuje późniéj od rozpadu części miękkich ciała, z wyjątkiem chyba, jeżeli zwłoki uległy zmianie tłuszczowoskowéj; najwcześniéj znikają materyje płóciane i bawełniane, późniéj (w 8—10 lat) wełniane, a najpóźniéj (po 20 latach) jedwabne. H. widział czarną wstążkę jedwabną całkiem dobrze zachowaną, wplecioną w warkocz osoby po 80 latach wykopanéj. Rzeczą jest jasną, że wszystkie te przedmioty znikają prędzéj u zwłok bez trumny chowanych. To téż na niedawno pod Wiedniem wykopanym kośćcu człowieka, który dopiero przed 2 laty został zamordowany i pochowany w ogrodzie $1^1/_2$ metra głęboko, H. znalazł suknie rozpadłe, choć chustka od nosa, którą lewa ręka tego trupa była zawiązana, przedstawiała jeszcze barwę pierwotną i rysunek dokładny.

Na zwłokach wydobytych z palącego się teatru wiedeńskiego napotkano jeszcze dość znaczne resztki odzieży, co się tłumaczy po części ztąd, że wielu ludzi zginęło z uduszenia, a nie ze spalenia się, choć i na zwłokach zwęglonych suknie nie całkiem były zniszczone, zwłaszcza te części odzieży utrzymane były, które mocniéj do ciała przylegaią, jak gorsety, podwiązki, buty, rękawiczki. Nadto tam, gdzie wiele warstw odzieży przylegalo do siebie, warstwy wierzchnie ochraniały spodnie. Następnie utrzymały się lepiéj te części sukni, na których ciała leżały, lub które znajdowały się w zagubach. Najlepiéj oparły się zniszczeniu buty, w ogóle przedmioty skórzane. Po oglądaniu zwłok resztki odzieży składano do aktów, a głównie te części, które były znaczone literami lub firmą kupiecką. Szczególną zwracano uwagę na guziki, a w jednym przypadku na guziku metalowym, na którym rozpoznano litery wypuklone, odczytano napis „*Wiener Ringtheater.*“

Przedmioty znalezione w kieszeniach i to nie tylko kosztowności metalowe ale i pularesy także posłużyły do sprawdzania tożsamości; w ostatnich napotykano paszporty, dokumenty, bilety wizytowe itd. U mężczyzny starszego znaleziono w kieszeni osobną odbitkę rozprawy lekarskiéj z opaską krzyżową i stemplem poczty w Gracu oraz z adresem jednego z docentów Wydziału lek. we Wiedniu, który jednak wcale nie był w teatrze, tak, że pomimo tak cennego odkrycia tożsamości posiadacza stwierdzić nie zdołano. Papiery, które znaleziono w pularesach, po części były całkiem dobrze zachowane; tém bardziéj kosztowności, jak np. pierścienie, pomimo zwęglenia palców. Po odzieży i przedmiotach tylko w 3 przypadkach można było wnosić o zawodzie osoby zmarłéj (u żołnierza, służącego z teatru i chórzystki).

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Wiadomości pomniejsze.

(:) **Spożywanie wieprzowiny z truciznami.** E. Decroix, weterynarz w Paryżu, udał się w jesieni roku zeszłego do prefekta policyi, aby mu dostarczono pewnéj ilości wieprzowiny z trychinami w celu robienia doświadczeń na sobie. Przekonawszy się za pomocą drobnowidu, ze mięso otrzymane zawiera 100—150 trychin w jednym gramie spożył je w trojakiéj postaci: jako omlet smażony na wieprzowinie, jako sztukę mięsa z rosołem i jako pieczeń na ciepło i na zimno. Potrawy rzeczone nie nabawiły go żadnéj słabości, a smakowały mu bardzo dobrze, mimo

to a może właśnie dla tego, że od lat dwudziestu spożywa mięso końskie, chcąc dać dobry przykład jako założyciel „komitetu mięsa końskiego“ *(comité de la viande de cheval)*. Aby się ochronić od złych następstw z wieprzowiny zawierającéj trychiny jako téż z innych gatunków mięsa zawierających zarodki pasorzytów, należy mięso dobrze gotować. *(Revuê de thérapeutique* 15 stycznia 1882).

(F. M.) **Jodek litowy.** Wiele osób nie znosi nawet małych ilości jodku potasowego, sodowego, jodoformu, gdyż po krótszym lub dłuższym czasie doznają bólu głowy, przypływu krwi do płuc, bezsenności, zaburzeń w żołądku, chrypki itp. Prof. Zeissl zaleca takim osobom z osobliwą tkliwością na jod: jodek litowy a mianowicie w téj formie: *Rp. Lithii jodati 1·50, Pulv. et extr. anassiae q. s. f. pill. 20. S.* Rano i wieczór po jednéj pigułce, postępując do trzech dziennie. Ponieważ jodek litowy chciwie przyciąga wodę, należy te pigułki trzymać w miejscu suchém i dobrém zamknięciu. Wszyscy chorzy a nawet niedokrewni, cierpiący na nieżyt żołądka i kiszek, ciężarne, znoszą ten przetwór jodu bardzo dobrze, nawet przy długiém używaniu, skutek zaś nie ustępuje w niczém działaniu jodku potasu. *(Allg. wien. med. Ztg.* 1882, Nr. 2).

(F. M.) **Zastosowanie jodoformu do jamy ust.** W klinice prof. Billrotha operowano zeszłego roku kilkanaście razy raka języka, we wszystkich przypadkach używano do opatrunku jodoformu, z bardzo dobrym skutkiem. Sposób zastosowania był następujący: Powierzchnię ranną jamy ust pokrywano gazą jodoformową, we czworo złożoną, po lekkiém przyciśnięciu trzymała się doskonale rany: po 5—8 dniach zdejmowano opatrunek, wygląd ran był zawsze taki, jaki być może przy ścisłym opatrunku przeciwgnilnym. Za najlepszy sposób robienia gazy jodoformowéj podaje Dr. Wölfler następujący przepis. W 94% wyskoku rozpuszcza się 60 grm. kolofonii, dodając 50 grm. gliceryny. W rozczynie tym macza się dobrze wypraną gazę, uciska ją i w półmokrym stanie będącą posypuje proszkiem jodoformu. Na 6 metrów gazy wystarcza 50 grm. jodoformu. (*Wien. med. Wchft.* 1881, 53).

III. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 15 z dnia 2go listopada 1881.

Przewodniczący kol. doc. Jordan. Członków obecnych 28.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. docent Pieniążek okazał wzierniki gardzielowe pomysłu Störka i tłumaczył ich użycie. W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierał głos kol. doc. Obaliński.

3) Tenże przedstawił chorą z rzadkiém cierpieniem: *Chorditis vocalis hypertrophica.*

4) Załatwiono kilka spraw administracyjnych.

Dr. Balicki.

Posiedzenie 16 z dnia 9go listopada 1881 r.

Przewodniczący: kol. doc. Jordan. Członków obecnych 32.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Murdzieński w zastępstwie kol. doc. Obalińskiego przedstawił z oddziału jego rekonwalescenta, którego historyję choroby w tych słowach skreślił: W. B. 20 lat liczący, kominiarz, przybył d. 9go września 1881 r. do oddziału chirurgicznego i opowiada, że przed 3 miesiącami śpiąc w wilgotnéj stajni poczuł po obudzeniu się ból w przedramieniu lewém, w kilka dni wystąpiło obrzmienie i zaczerwienienie. Chory udał się najpierw do szpitala w Biały, gdzie mu przecinano ropnie i kilka kawałków kości wydobyto. Po zbadaniu chorego znaleziono, że znaczna część kości łokciowéj uległa zniszczeniu. Rozpoznano: *Necrosis totalis ulnae sinistrae et ankylosis spuria cubiti post osteomyelitidem acutam.* Na téj podstawie przystąpiono dnia 22/9 do operacyi. Po zachloroformowaniu chorego przecięto skórę nad kością łokciową tuż pod stawem, a doszedłszy do połowy przekonano się, że cała kość łokciowa uległa zniszczeniu, wydobyto ją tedy w 3ch kawałkach pozostawiając tylko nasadki. Okostną zgrubiałą odskrobano i pozostawiono. Stawy zupełnie nienaruszone. Następnie zeszyto ranę szwami drutowemi, założono dreny i opatrunek jodoformowy. W skutek niepokoju po operacyi krwotok. W późniejszym przebiegu powstał ropień duży po nad stawem łokciowym. Po miesiącu jednak rana w zupełności zagojona, z pozostawionéj okostny zaczęła się wytwarzać kość, co dotykiem stwierdzono. Przy sposobności nadmienić wypada, iż do opatrywania używamy jodoformu. Doświadczenie parumiesięczne zachęca bardzo do użycia takiego opatrzenia. Rany w ogóle goją się dobrze, przesiąkanie mniejsze aniżeli przy opatrunku Listera. Wrzody na odnogach stanowią dla jodoformu popisową rolę, wypocina cuchnąca, obumarłe strzępy z takiego wrzodu oczyszczają się już po jednorazowém zastosowaniu tego środka, a gojenie dalsze postępuje prędzéj. Używamy jodoformu w proszku, posypując nim części ranne, obnażone z przyskórka i kładąc na nie opatrunek złożony z gazy i waty antyseptycznéj. Opatrzenie takie utrzymuje się kilka dni, chyba, że zbytne ropienie do zmiany zmusza. Ta okoliczność dłuższego pozostawienia opatrunku przynosi nam dwie korzyści, z których jedną mniejszy rozchód gazy, waty, bandaży, drugą zaoszczędzenie czasu.

3) Kol. Skobel odczytał rzecz o wrzodach gruźliczych w gardle, z kliniki prof. Rosnera. (Ogł. w Nrach 49 i 51 Przegl. Lek. z r. 1881).

W dyskusyi zabrał najpierw głos kol. Paszkowski: Kol. prelegent w wykładzie swoim twierdzi, że opisane powyżéj zmiany na podniebieniu miękkiém i na nagłośni były tak charakterystyczne, że można było z nich samych rozpoznać gruźlicę a kiłę wykluczyć stanowczo nawet i wtedy, gdyby u takiego indywiduum były w innych narządach zmiany kiłowe. Dla kol. P. zmiany te nie były tak charakterystyczne, żeby mógł li za pomocą inspekcyi bezpośredniéj (na podniebieniu miękkiém) lub pośredniéj (za pomocą wziernika w krtani i na nagłośni) rozpoznać je jako gruźlicze. Wrzody bowiem ani gruźlicze ani kiłowe nie przedstawiają, zdaniem kol. P., nic cechującego, dla niego rozstrzygającemi zawsze będą zmiany w innych narządach, czyli wynik badania ogólnego. Zdaje się kol. P., że, gdyby badanie ogólne wykazało było wybitne zmiany kiłowe w przypadku, o którym mowa, a brak zmian gruźliczych w płucach, niktby się był nie wahał wrzody na podniebieniu miękkiém i na nagłośni uważać za kiłowe. Kol. P. radby, żeby przy téj sposobności w dyskusyi nad tą ważną kwestyją rozpoznawania wrzodów gruźliczych i kiłowych w późniejszym okresie z saméj inspekcyi szan. koledzy wedle doświadczenia zdanie swe objawili. Odnośnie do przypadku przedstawionego, to nawet po bardzo dokładném zbadaniu innych narządów bardzo trudno było powiedzieć stanowczo, ażali wrzody na podniebieniu miękkiém i zmiany w krtani były gruźlicze. Kol. P. badał chorego bardzo dokładnie i badanie wykazało prócz zmian na podniebieniu miękkiém i na nagłośni przez kol. Skobla opisanych: w płucach nacieki szczytowe nierozpadające się (po prawéj stronie z tyłu, po lewéj z przodu) zmiany więc nie wysokiego stopnia, wrzodów na wiązadłach krtaniowych nie było, a na tylnéj ścianie połyku, ani na korzeniu języka za życia nie stwierdzono żadnych zmian. Wiadomo, że wrzody gruźlicze na podniebieniu miękkiém (w ogóle rzadkie) występują zazwyczaj wtedy, kiedy w płucach znachodzą się zmiany wysokiego stopnia i że zazwyczaj towarzyszą wrzodom gruźliczym na podniebieniu miękkiém takież wrzody na tylnéj ścianie połyku i na korzeniu języka. W obec tego wszystkiego, dla kol. P. przynajmniéj, nietylko z badania miejscowego, ale i z badania ogólnego rozpoznanie wyżéj wymienionych zmian na podniebieniu miękkiém i na nagłośni jako gruźliczych z bezwzględną pewnością było niemożebne, jakkolwiek nie przeczy, że podstawę do przypuszczenia gruźlicy dawały zmiany w płucach (chociaż niewysokiego stopnia). Do wątpliwości téj snadnie przyczyniła się jeszcze ta okoliczność, że u pacyjenta były zmiany patologiczne w nerkach wysokiego stopnia, zmiany, których objawy były dominującemi. Chory z opuchliną odnóg dolnych bardzo znacznego stopnia z wy-

siękiem surowiczym w jamie brzusznéj, opłucny i osierdziu. Zmiany te w nerkach uważano za skrobiowate (chcąc je w związek wprowadzić z chorobą płuc). Wiemy, że zwyrodnienie skrobiowate nerek znachodzi się często u gruźliczych, ale występuje ono zazwyczaj po długotrwałém ropieniu (przy obecności jam znacznych w płucach). Jak więc z jednéj strony uderzał niestosunek między zmianami na podniebieniu miękkiém i na nagłośni a zmianami w płucach i na więzadłach głosowych, tak z drugiéj strony zmiany niby następowe w nerkach były bardzo dawne i znaczne. I dla tego można było uważać zmiany w nerkach i na podniebieniu miękkiém i na nagłośni jako w związku ze sobą będące i pierwotne skutkiem kiły, a zmiany w płucach jako następowe przy danéj dyspozycyi (zwapnienie ograniczone w szczycie rzeczywiście nekroskopija wykazała). I dla tego nie przecząc możności zmian gruźliczych na podniebieniu miękkiém i na nagłośni nie rozpoznawał ich kol. P. z bezwzględną pewnością. Gdy pacyjent w kilka dni późniéj zaczął silnie gorączkować, a gorączkę do świeżéj erupcyi gruzełków odnieść trzeba było, rozpoznanie opisanych wrzodów jako gruźliczych zyskiwało bardzo na prawdopodobieństwie, ale rozpoznanie oparte na badaniu innych narządów i przebiegu choroby w ogólności a nie na miejscowém badaniu wrzodów.

Kol. doc. Pieniążek: Nie zgadza się ze zdaniem, jakoby z wejrzenia wrzodu nie można nigdy wnosić o jego naturze; nie przeczy, że mogą być przypadki, w których samo wejrzenie nie wystarczy, ale są one w ogóle rzadsze, zazwyczaj zaś wrzody zachowują pewne cechy, po których od razu poznać je można. Źleby było, gdyby było inaczéj, bo czyż nie mogą istnieć zmiany dwojakiego rodzaju obok siebie, czyż chory, który cierpi na gruźlicę nie może się zarazić kiłą itp. a w jakiż tedy sposób do rozpoznania dojśćbyśmy mogli, gdybyśmy je tylko na obecności innych towarzyszących zmian oprzeć musieli? Nie twierdzi, jakoby wrzody różnego gatunku zasadniczo od siebie różnić się musiały, twierdzi tylko, że wrzody różnéj natury mają rozmaity, sobie mniéj więcéj właściwy, sposób powstawania i szerzenia się, po którym pozostają pewne ślady, które nam o naturze wrzodów tych wnosić pozwalają. Nie przeczy, że te ślady mogą być czasem i kilku rodzajom wrzodów właściwe, w innym razie zaś tylko jednemu z nich odpowiadać, dodając nawet, że nieraz wpływy zewnętrzne itp. ślady te mniéj lub więcéj zacierać mogą. I tak w przypadku, o który chodzi od razu z wejrzenia wrzodu mógł kiłę wykluczyć, natomiast z samego wejrzenia równie dobrze przypuścić mógł zmiany gruźlicze jak i *lupus*, który już tylko z powodu braku zmian na skórze wykluczyć było można. Jeżeli porówna się ze sobą zmiany kiłowe i gruźlicze, samo to rozróżnienie będzie łatwiejsze, gdyż wrzody te swojém powstawaniem i rozwojem różnią się dość wybitnie od siebie. I tak wrzody kiłowe drugiego okresu powstają z płytkich podprzybłonkowych nacieków, które za to dość szerokie być mogą, a zwykle kształt posiadają okrągły. Ju' samo wejrzenie takich powierzchownych owrzodzeń, lub raczéj erozyj, cechuje kiłę w tym okresie, dodajmy do tego towarzyszące im często zmętnienie przybłonka na około erozyj, a dyjagnoza zwykle z pierwszego wejrzenia na pewne jest możebną. W kile trzeciorzędnéj napotykamy nacieki większe i głębsze, niepłaskie, lecz mniej więcéj kuliste, guzowate, które okazują najdaléj posunięte wsteczne przemiany w środku, od środka téż się otwierają i dają od razu wrzód głęboki, mniéj lub więcéj okrągławy lub z okrągławych złożony, (po dłuższém trwaniu często skutkiem częściowego gojenia się, obok dalszego szerzenia się nerkowaty), którego dno pokryte wypociną szarą brzegi naciekle, wystające, ostro od wrzodu odcięte, otoczenie z żywą reakcyją, zaczerwienione żywo i obrzmiałe. Przypomina sobie pięć przypadków wrzodów gruźliczych w połyku i może o nich powiedzieć to samo, co o wrzodach takichże w krtani, że się różnią bardzo od opisanych wrzodów kiłowych, czyto drugiego, czyto trzeciego okresu. Różnice te same spotyka się w połyku co i w krtani, rozpoznanie o tyle tylko może być trudniejszém, o ile w laryngoskopie mniéj dokładnie widzi się niż wprost. Rzeczywiście w obrazie laryngoskopijnym nie widać przedniéj powierzchni tylnéj ściany krtani, a często i tylnéj powierzchni nagłośni z pożądaną dokładnością, trudniéj więc nam uchwycić cechy owrzodzeń tam będących; czasem, jak w naszym przypadku, może przedstawiać się wycięcie brzegu nagłośni jako wrzód głęboki półkolisty, któryby odpowiadał kile trzeciorzędnéj, na co właśnie przy badaniu chorego, o którym mowa, zwrócił uwagę. Gdzie jednak za pomocą laryngoskopu równie dokładnie jak wprost widzieć można, tam dyjagnoza również pewną będzie. Wyjątek stanowią jedynie więzadła prawdziwe, które będąc pod wpływem ciągłéj pracy, t. j. napinania się i wolnienia, a daléj drażnione przez kaszel itp., okazują pewne odmiany od opisanych właściwości wrzodów kiły trzeciorzędnéj. Tutaj nacieki kiłowe (*gummata*) niedoczekają się zwykle otwarcia od środka, lecz zostają od powierzchni prądem powietrza urażane, ztąd rozpad i wrzodzenie może się u nich od powierzchni rozpocząć, przez co zacierają się charaktery owrzodzeń na nich pozostałych. Z drugiéj strony i w gruźlicy skutkiem tychże samych wpływów rozpad więcéj postępuje i głębiéj sięga, przez co często trudno rozróżnić, czy mamy przed sobą wrzody kiłowe, lub też gruźlicze. Na innych jednak częściach krtani, o ile je dokładnie widzieć można, zwykle rozróżnienie tych spraw nie jest trudne. Wrzody gruźlicze powstałe z rozpadu gruzełków, a więc małych nacieków, noszą piętno swego powstania, przy tém gruzełków bywa ilość o wiele większą, niż kilaków, ztąd téż gdy wrzody kiły trzeciorzędnéj są półkoliste lub z kilku takich złożone, ale dość duże i głębokie, gruźlicze okazują się złożone z drobnych wrzodzików także półkolistych, ale bardzo małych, za to liczniejszych. Często ziarnina w dnie wrzodu lub nawet przy utrzymanym przybłonku wyraźne jakby zakarbowanie powierzchni drobnemi granulacyjami wskazuje na rozwój masy guzków drobnych obok siebie, nad którém późniéj przybłonek odpada i powstaje zrazu nadżerek a potém i głębsze owrzodzenie; granulacyj takich czy przy utrzymanym przybłonku, czy na dnie wrzodu nie bywa w kile, gdyż tu mamy w okresie późnym dno wrzodu pokryte wypociną, które podczas gojenia się oczyszcza się, brzegi ostro cięte wrzodu zaginają się z lekka ku niemu, lecz granulacyi na dnie wrzodu gołém okiem przynajmniéj nie widać, ale jest ono gładkie, różowe. Granulacyje wyraźne w owrzodzeniach krtani nie mają znaczenia gojenia się, lecz wytwarzanie się nacieków ograniczonych skupionych. Często téż widać wśród nich, zwłaszcza przy dobrém świetle, drobne żółte punkciki t. j. gruzełki; wtedy już dyjagnoza najmniejszéj kwestyi nie ulega. Czasem na daleko posuniętych wrzodach spotyka się takie żółte punkty, zwykle jednak wyraźniejsze w miejscach krtani zupełnie nieowrzodziałych, często obrzmiałych; najwyraźniejsze one bywają na przedniéj powierzchni nagłośni, wreszcie spotyka się je na chrząstkach nalewkowych i więzadłach fałszywych. Nigdy przemawiający nie widział punkcików takich na więzadłach prawdziwych, Są to także gruzełki, ale następowe, zdaje się w rodzaju przerzutu drogą naczyń limfatycznych w pobliżu wrzodu powstałe. Gdy pierwsze okazują się skupione wśród nakarbowanego miąższu a obok nich spotyka się poczynające dopiero owrzodzenie, to ostatnie rozrzucone są po całéj krtani obok bardzo posuniętych wrzodów. Gdy nad pierwszemi odpada przybłonek i tworzy się płaskie owrzodzenie, drugie zwykle nie prędko lub wcale we wrzody nie przechodzą. Obie formy jednak umożliwiają rozpoznanie prawie z matematyczną pewnością. Inny rodzaj owrzodzeń gruźliczych, powstały skutkiem drobnych podprzybłonkowych nacieków, daje wrzody płaskie, które rzeczywiście trudno od kiły drugorzędnéj odróżnić; takowe jednak najczęściéj bywają na więzadłach prawdziwych, gdzie skutkiem ruchu i tarcia prędzéj do owrzodzenia przychodzi, w innych miejscach niewrzodzieją one tak prędko, a ztąd łatwiéj właściwą cechę przybierają. Lecz i na więzadłach ziarniste wejrzenie wrzodów bardzo za gruźliczą ich naturą przemawia, więcéj jeszcze, jeżeli granulacyje te są mętne, sine, jakby piaskiem posypane. Trudno rozróżnić wrzody na przedniéj powierzchi tylnéj ściany, lub na tylnéj powierzchni nagłośni, tu bowiem nie widać ich całkowicie, ale zwykle tylko wystające ich brzegi; często jednak spotyka się na około nich zmętnienie przybłonka drugorzędnéj kile właściwe. W tych miejscach wreszcie téż trudne często odróżnienie zmiany drugorzędne od trzeciorzędnych, gdyż nie zawsze możemy ocenić dokładnie rozległość i głębokość owrzodzeń; często samém ich ukształtowaniem zadowolić się musimy. Nieraz przeceniając dyjagnotyczną wartość lokalizacyi wrzodów, twierdzą, że nagłośnia najczęściéj bywa siedzibą zmian kiłowych, przestrzeń zaś międzynalewkowa gruźliczych. Na własném doświadczeniu oparty, stanowczo twierdzi przemawiający, że najczęstszém miejscem zmian

obu rodzajów są więzadła prawdziwe, ztąd téż i dyjagnoza często trudna; nagłośnia równie często bywa siedzibą zmian kiłowych jak i gruźliczych, przestrzeń zaś międzynalewkowa najrzadziéj zmian kiłowych trzeciorzędnych, mniéj już drugorzędnych a najczęściéj gruźliczych. Nie przeczy jednak, że uwzględnienie lokalizacyi jest ważném, tak np. jeżeli spotyka się wrzody na samych fałdach nalewkonagłośniowych, to prawie zawsze są one natury kiłowéj, w gruźlicy bywają one także, ale obok zmian daleko posuniętych w głośni. Toż samo tyczy się przedniéj powierzchni nagłośni i w ogóle zewnętrznych powierzchni całego wejścia krtani, które mogą być same zajęte w kile, w gruźlicy jednak zawsze obok zmian w głośni i to już znacznych. Połyk, podniebienie i korzeń języka są właściwą lokalizacyją zmian kiłowych a jednak spotykamy wyjątki, jak właśnie i w naszym przypadku. Ważniejszém od lokalizacyi jest otoczenie wrzodu. Zmiany kiłowe drugorzędne, równie jak gruźlicze nie zbyt posunięte, nie wywołują wielkiéj reakcyi, co najwięcéj lekkie zaczerwienienie w najbliższém sąsiedztwie wrzodów. Zmiany zaś kiły trzeciorzędnéj, równie jak i gruźlicze daléj posunięte wywołują silniejszą reakcyję, która jednak różną jest w obu tych sprawach. W kile spotykamy obrzmienie obok żywego zaczerwienienia, gdy w gruźliczych wrzodach zwykle obrzmienie wodniste, blade; ta więc obecność reakcyi, czasem brak jéj zupełny, gdy n. p. obok wrzodów rozległych w przestrzeni między-nalewkowéj więzadła są zupełnie blade, jest właściwą wrzodom gruźliczym i nie spotyka się nigdy w kiłowych; natomiast czasem bywa i we wrzodach gruźliczych żywsza reakcyja. Tak więc z wejrzenia i usadowienia wrzodu i reakcyi na około niego, często choć nie zawsze naturę jego rozpoznać można. Jeżeli przypomni sobie przypadki uszkodzeń gruźliczych w połyku, które sam widział, to pierwsza myśl jaka mu przyszła widząc wrzody w połyku lub na podniebieniu była o kile, zaraz jednak zapytać się musiał, czy są to wrzody drugo lub trzeciorzędnéj kiły i nie mógł sobie dać na to pytanie odpowiedzi. Na trzeciorzędne były one za płytkie i za małe, na drugorzędne zaś za głębokie, gdy natomiast z gruzełków z łatwością wywieść się dały. Tak téż i w przypadku okazanym widząc wrzody na podniebieniu, których brzegi wcale nie są ostro cięte i wystające, lecz okazują łagodne przejście, zrazu tylko brak przybłonka, daléj zagłębienie nieco większe, których dno pokryte wzniesieniami brodawkowatemi czystemi, pomiędzy którémi tu i owdzie znajduje się nieco wypociny, nie można w żaden sposób wywodzić z rozpadu kiłaków, ani z podprzybłonkowych płaskich nacieków kiły drugorzędnéj. Natomiast bez naciągania odnieść je można do rozwoju gruzełków wśród miąższu, naokoło których nacieki reakcyjne potworzyły zlewające się ogniska, które wystają jak brodawki i nad którémi przybłonek nie mógł się utrzymać, ale odpadł, poczém wrzodzenie tu i owdzie postępowało w głąb, gdy jednocześnie cała sprawa na boki się rozszerzała. Podobne wrażenie jak podniebienie, robił mu wolny brzeg nagłośni, który okazywał kilka wzniesień podobnych do tych niby brodawek na podniebieniu. Przytém widziano na brzegu nagłośni półkoliste wycięcie ostre, które jak zaraz powiedział przemawiający, mogłoby odpowiadać samo jedno wrzodowi kiły trzeciorzędnéj, ale nie jest to wrzód, lecz efekt zagięcia brzegów nagłośni ku tyłowi, co rzeczywiście dziś na preparacie widzieć można. Dolna część nagłośni okazała się wodnisto obrzękłą; ta więc gnuśność reakcyi przemawiała także za gruźliczą naturą owrzodzeń. Na preparacie widzi się teraz, że w miąższu chrząstek nalewkowych tkwią gruzełki drobne, których jednak zużycia niewidziano, ale któreby może były dały się dojrzeć, przy świetle słoneczném lub Drumonda. Przemawiający nie widział wrzodów na tylnéj ścianie połyku, ani na korzeniu języka, gdyż obfity śluz tam leżący zakrywał je, a trudno choremu było kazać odkaszlać i t. p., gdyż był głuchoniemy. Jednak i tak nie miał wątpliwości, że ma do czynienia z wrzodami gruźliczemi. Podobnie jak kiłę, wykluczyć tu można było raka lub rakowca, pozostawał jedynie *lupus*, z którym wejrzenie wrzodów równie jak z gruźlicą pogodzić by się dało. *Lupus* jednak można było wykluczyć tak z powodu zmian na skórze jak i zbyt szybkiego nań przebiegu całéj sprawy. Niemożna więc było wątpić o gruźliczéj naturze sprawy i zgodzić się trzeba z kol. Skoblem, że nawet w obecności innych zmian których, te za gruźlicze uważać trzeba było. Moczenie białkiem lubo z kiłą łatwiéj dała się pogodzić, nie sprzeciwiała się jednak przypuszczeniu gruźlicy, obok któréj zwłaszcza u człowieka narażonego na zmiany temperatury, może i pijaka, łatwo wystąpić mogło zwyrodnienie skrobiowate nerek.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Listy z Paryża.

II.

Ze szpitala Lariboisière — Przypadek *hepatitis interstitialis hypertrophica.*

Oddziały, które umieszczone są w opisanym w poprzednim liście szpitalu Lariboisière są następujące: Dwa oddziały chirurgiczne, pierwszy pana Labbé, agrégé, drugi pana Duplay, agrégé; ten ostatni oddział zawiera zarazem dział okulistyczny tego szpitala. O wiele więcéj jest oddziałów medycyny wewnętrznéj: pierwszy p. Jaccoud, profesora chorób wewn.; drugi p. Fermet agrégé; trzeci p. Bouchardt, agrégé; czwarty p. Paul, agrégé; piąty p. Proust, agrégé; szósty p. Siredey. Część kobieca tego ostatniego oddziału przeznaczona jest na oddział położniczy.

Mając do zwiedzenia tyle oddziałów a nie chcąc się ograniczyć tylko do tego szpitalu, lecz zamierzając zwiedzić także i inne, w których znowu jest po kilka oddziałów, nie mogłem bywać często na wszystkich oddziałach. Starałem się więc poznać je choć powierzchownie i byłem zmuszony już z tego powierzchownego poznania, jak również z opinii, jakiéj używają kierownicy tych oddziałów, zrobić wybór, aby choć jeden z nich poznać nieco gruntownie. Obrałem oddział chorób wewn. prof. Jaccouda. Jest to jeden z najzdolniejszych i najpracowitszych profesorów tutejszego Wydziału lek. Znajomość gruntowna literatury, postępowanie krok w krok za postępem nauki, ciągłe badania własne, treściwy o przecież jasny i wyczerpujący wykład — oto w krótkości główne jego zalety. Wysłany przez ministerstwo oświaty do Niemiec i Austryi w celu poznania sposobu nauczania nauk lekarskich w tych krajach, zdał on w r. 1863 sprawę piśmienną z téj wycieczki, która wkrótce potém wyszła drukiem nakładem p. Adrien Delahaye, a która daje świadectwo bardzo pochlebne o wysokim darze spostrzegawczym i bystrości umysłu tego niezmordowanego pracownika. Z dzieł jego przytaczam tylko: *Traité de Pathologie interne — 1879, sixième edition*, dwa tomy w wielkiéj ósemce po przeszło 1000 str., w którém szczególniéj część kliniczna znakomicie jest opracowaną. Również znakomitemi są jego „*Leçons cliniques*“. W ostatnich latach wyszedł pod jego redakcyją słownik, a raczéj obszerna encyklopedyja lekarska, dzieło zbiorowe objętości około 20 wielkich tomów.

Na oddziale tym obserwowałem między innemi przypadek *Hepatitis interstitialis hypertrophica*, także *Cirrhosis hepatis hypertrophica* zwanéj. Poniżéj zamierzam podać dokładną historyję tego przypadku, który według zdania prof. Jaccouda należał do rzadszych przypadków kliniczno-typowych téj odmiany zapalenia wątroby; czynię to zwłaszcza dla tego, że w literaturze polskiéj i niemieckiéj tylko raz napotkałem w dziele zbiorowém Ziemssena dość pobieżną wzmiankę p. Thierfeldera o téj chorobie. I on nadmienia, że głównie lekarze francuzcy (Ollivier, Charcot, Jaccoud i inni) odmianę tę zapalenia wątroby opisują i ogranicza się do krótkiego zestawienia szczegółów przez nich podanych. Podobnych przypadków widziałem tu jeszcze dwa:

jeden na oddziale prof. Petera, drugi na oddziale prof. Potaina. Oba były nieco więcéj powikłane, nie mogły mi więc służyć jako obraz typowy téj choroby, zwłaszcza, że do sekcyi jeszcze nie przyszło.

Pacyjent przybył do szpitala 17 listopada 1881 r. i to już po raz trzeci. Po raz piérwszy był tu w styczniu 1875 r. z objawami ostrego zatrucia wyskokowego nie przedstawiając zresztą wówczas prócz ostrego nieżytu żołądka prawie żadnych zmian ważniejszych. Po kilkodniowym pobycie uleczony opuścił szpital. W maju 1879 r. przyjętym został znowu na ten sam oddział skarżąc się na silny ból w okolicy wątroby. (Szczegóły te czerpię z udzielonéj mi uprzejmie bardzo szczegółowéj historyi choroby):

Wywiady: Chory ma lat 38. Rodzice jego już dawno nie żyją; przyczyny ich śmierci podać nie umie; siostra jego żyje i jest zdrową. Przed blisko 20 laty spadł z rusztowania i złamał nogę. (*Fractura fibulae sin.*, któréj ślad jeszcze widoczny). Zresztą nigdy niechorował ciężko. Kiły nie przebywał a badanie nie wykazuje także jéj śladów. — Choroba obecna rozpoczęła się przed 5 dniami: chory nieco podpity, gdyż jest nałogowym pijakiem, miał sprzeczkę z towarzyszami i jeden z nich uderzył go lekko w podżebrze prawe (pacyjent zapewnia, że uderzenie było lekkie i że już często silniejsze uderzenia nie miały u niego tak bolesnych skutków). Zaraz na drugi dzień dostał wymiotów, dreszczu i ciągłego bolu w okolicy wątroby, który nie pozwala mu swobodnie odetchnąć W nocy było mu gorąco, pocił się silnie. Pragnienie, ból głowy, brak łaknienia, osłabienie ogólne — oto szereg objawów, które odtąd wraz z poprzednio przytoczonemi wciąż trwają.

Stan obecny: Chory budowy dobréj; odżywienie dość dobre, podściółka tłuszczowa miernie rozwinięta; mięśnie jędrne. Ciepłota ranna 38·6°C. Tętno 104, pełne, niezbyt twarde. Lica zarumienione; na spojówce gałkowéj odcień żółtawy, którego niema na skórze. Wargi nieco sinawe. Język nabrzmiały, obłożony. Szyja miernie długa; żyły szyjne zewnętrzne widoczne podnoszą się tylko równocześnie z tętnem tętn. szyjowéj.

Klatka piersiowa dobrze rozwinięta, szeroka i nieco wypukła; dołki pod i nadobojczykowe widoczne. Oddech krótki a częsty, nieregularny, prawa połowa klatki mniéj się porusza niż lewa. Wypuk stwierdza nad całemi płucami odgłos jawny ze zmienionemi nieco granicami ile, że przepona jest w całości nieco w górę podniesiona. Oddech wszędzie pęcherzykowy, tu i owdzie rzężenia kataralne. Wymiary stłumienia serca nie są zmienione; tony serca czyste, dość silne.

Brzuch wzdęty jednostajnie nie przedstawia zresztą zmian okiem dostrzegalnych. Za to przy obmacywaniu jest bardzo bolesny, s.czególniéj po stronie prawéj u góry, gdzie, o ile napięcie ścian na to pozwala — wyczuć można na 2—3 palców poniżéj łuku żebrowego dolny brzeg wątroby, tępy, gładki, twardawy i bardzo bolesny. Śledziona również powiększona wystaje nieco z pod łuku żebrowego lewego. Brak innego obrzęku w jamie brzusznéj. Chełbotanie przy ucisku na kiszkę grubą zstępującą. Perkusyja: granica górna wątroby w linii sutkowéj w 5tém międzyżebrzu, dolna w téj saméj linii na 3 palce poniżéj łuku żebrowego; płat lewy również powiększony sięga ku stronie lewéj aż nieco po za liniję sutkową lewą, a ku dołowi w linii środkowéj na trzy palce powyżéj pępka. Stłumienie śledziony rozpoczyna się u góry na 9tém żebrze i sięga na dwa palce niżéj łuku; z przodu zaś rozpoczyna się nieco przed liniją pachową przodkową; z tyłu nie da się dokładnie oznaczyć. Wymiary żołądka miernie powiększone. Sukusyja stwierdza nieco płynu. Nad kiszkami wypuk jawny bębenkowy, nad kiszką grubą zstępującą stłumiony. Przy zmianie położenia chorego można stwierdzić mierną ilość płynu wolnego w jamie brzusznéj.

Ilość moczu zmniejszona, barwa jego czerwono-brunatna, oddziaływanie kwaśne, ciężar gatunkowy zwiększony; brak białka, ślad barwików żółciowych, chlorki nieco zmniejszone; dość obfity osad składa się głównie z moczanów.

Opierając się na tym wyniku badania rozpoznano: *Perihepatitis acuta traumatica* z tém jednak zastrzeżeniem, że przez rozpoznanie to nie wypowiedziano jeszcze wszystkiego. Przyczyny tego zastrzeżenia były następujące: niestosunek między lekkością przyczyny wywołującéj a chorobą ztąd wynikłą, — powtóre znaczne powiększenie wątroby — wreszcie obecność barwików żółciowych w moczu.

W miarę, jak objawy choroby rozpoznanéj, t. j. zapalenia otrzewnéj, pod wpływem odpowiedniego leczenia zaczęły ustępować, podejrzenie opierające się na owych trzech punktach okazywalo się coraz więcéj uzasadnionėm: mimo ustąpienia zapalenia otrzewnéj wątroba i śledziona były zawsze powiększone jak poprzednio, co teraz o wiele latwiéj było stwierdzić; ślad żółtaczki i ślad barwików żółciowych w moczu nie ustępowały. Co więcéj chory wypytywany dokładniéj dodał do wywiadu poprzedniego jeszcze następujące szczegóły: Prawie od roku miewa on mniéj więcéj co miesiąc, dawniéj nawet częściéj, dość silne krwotoki z nosa; również od tego czasu cierpi dość często (co kilka tygodni) bez wiadoméj przyczyny na ból brzucha i to szczególniéj w okolicy wątroby, trwający kilka godzin i ustępujący zupełnie. Stolce nieregularne (częściéj rozwolnienie niż zatwardzenie) nieodbarwione. Żółtaczki nie zauważył. Odtąd schudł nieco.

Podejrzenia i powątpiewania ustąpiły wreszcie miejsca pewnemu rozpoznaniu choroby głównéj, t. j. *Hepatitis interstitialis hypertrophica*, gdy pacyjent będąc już prawie zupełnie wyleczony z zapalenia otrzewnéj dostał charakterystycznego napadu i to jeszcze w szpitalu. W ostatnim tygodniu pobytu w szpitalu chory pewnego dnia zaczął się skarżyć na ból gniotący, tępy, w okolicy wątroby, któréj wymiary jeszcze się powiększyły; żółtaczka stala się widoczniejszą, a chory od tygodnia bezgorączkowy okazywał temperaturę 38.7° C. W parę godzin ból stał się dość silnym, rozpromieniającym na wszystkie strony a chory dostał wymiotów dość silnych. Po zastrzyknięciu słabego roztworu morfinu wszystkie te objawy w parę godzin ustąpiły; pacyjent dostał lekkiego rozwolnienia. Stolce nieodbarwione. Na drugi dzień i dni następnych chory miał się znowu względnie dobrze.

Teraz, kiedy już właściwą rozpoznano chorobę, wyjaśniły się owe przyczyny podejrzenia: co do pierwszego, to znaną jest rzeczą, że téj odmianie zapalenia wątroby często towarzyszą ograniczone zapalenia otrzewnéj; z powodu więc téj skłonności, że tak powiem drażliwości otrzewnéj i wątroby, nawet lekkie uderzenie mogło sprowadzić zapalenie tych organów. Żółtaczka zaś i barwiki żółciowe w moczu są prawie stałemi objawami téj choroby a głównym objawem powiększenie wątroby.

Po pięciotygodniowym pobycie w szpitalu chory opuścił go okazując stan następujący: odżywienie nieco podupadło. Barwa skóry szczególniéj na twarzy wyraźnie żółtawa. Stan bezgorączkowy. Język zaledwie nieco obłożony. W płucach i sercu zmian żadnych. — Brzuch w całości nieco tylko wzdęty,

na jego skórze tylko ślad po pijawkach. Przy dotyku okolica wątroby miernie bolesna. Wątroba i śledziona w wymiarach poprzednich; powierzchnia wątroby gładka, brzeg twardy, zaokrąglony. Wymiary żołądka prawie normalne. Stolce prawidłowéj zbitości, nieodbarwione. W moczu ślad barwików żółciowych i mierna ilość moczanów.

Po raz ostatni przybył chory na oddział prof. Jaccouda dnia 17 listopada 1881 r. Wypytywany o szczegóły swego cierpienia od czasu, jak opuścił szpital, opowiada, że w cztery tygodnie dostał znowu takiego napadu i odtąd zauważył żółtaczkę, która już nie ustąpiła aż dotąd. Z powodu napadów podobnych był później dwa razy w szpitalu, (raz „*Charité*", drugi raz w „*Hôpital Necker*"); innemi razy leczył się w domu. Napady powtarzały się w nieregularnych odstępach co kilka tygodni. Dość często miał rozwolnienie lub wymioty, rzadko zatwardzenie. Krwotok z nosa miał tylko raz. Przy tém chudł widocznie coraz więcéj. Obrzmienie nóg zauważył po raz pierwszy przed miesiącem. Osłabienie i nowy napad sprowadzają go znowu do szpitala.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

(K. G.) **Dżuma.** Według obecnie nadeszłych wiadomości epidemija dżumy, która pojawiła się w lecie roku ubiegłego na zachodnich wybrzeżach Eufratu w Mezopotamii była jedną z najsilniejszych, jakie te okolice, jedne z głównych ojczyzn dżumy, od lat wielu nawiedziły. Epidemija ta ustała z końcem lipca. Natomiast (według Lancetu z 17 grudnia) dochodzą z Petersburga wiadomości z dnia 6 grudnia, że przez Rząd otomański zaprzeczone pojawienie się dżumy w Lazistanie na wybrzeżu Anatolii w pobliżu granicy rosyjsko-tureckiéj potwierdza się. Rząd rosyjski celem zasięgnięcia informacyi wysłał 2 lekarzy do Lazistanu i udał się do Rządu otomańskiego z prośbą o wysłanie również 2 lekarzy, aby wspólnie zbadać położenie rzeczy. (*Centralblatt für Gesundheitspfl.* 1882. Zeszyt I).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 15—21 stycznia wzniosła się śmiertelność ogólna w Krakowie z 25,2 do 34,4 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 3, (1 z. t.); z płonicy 0 (1 z. t.); z błonicy 3 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z duru osutkowego 2 (1 z. t.); z róży 1 (2 z. t.); z kiły 1 (0 z. t.). W tygodniu od 21—31 grudnia ospa w Londynie utrzymywała się w jednakowém nasileniu. Leczyło się w szpitalach 521, świeżo zapadło 87, umarło 32. W Wiedniu umarło z ospy 10, w Paryżu 9, w Pradze 8, w Petersburgu 4, w Warszawie 29. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 6, w Londynie, Saragosie, Granadzie po 2. Odra w Chrystyjanii złagodniała, zapadło 291, umarło 24. Krztusiec zagęścił się w Londynie, gdzie skutkiem tejże choroby umarło 124.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 25—31 grudnia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 24,8; we Lwowie 33,9; w Poznaniu 31,5; w Wiedniu 29,2; w Pradze 27,5; w Tryjeście 25,1; w Berlinie 25,0; w Wrocławiu 32,7; w Gdańsku 30,2; w Mnichowie 31,0; w Dreźnie 32,4; w Lipsku 23,7; w Bazylei 20,1; w Brukseli 20,4; w Amsterdamie 22,3; w Paryżu 27,1; w Londynie 28,3; w Kopenhadze 25,2; w Stokholmie 19,8; w Chrystyjanii 20,0; w Petersburgu 49,8; w Odesie 27,9; w Wenecyi 28,9; w Walencyi 51,2; w Lizbonie 30,6; w Aleksandryi 34,6; w Nowym Yorku 28,7; w Filadelfii 20,1; w Bombaju 25,5. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 26 stycznia. Na posiedzeniu w dniu 21 bm. odbytém Wydział lek. Uniw. Jagiell. zamianował sekundaryjusza szpitala św. Łazarza Dra Franciszka Murdzieńskiego asystentem kliniki chorób dzieci na lat dwa, drugim zaś asystentem przy katedrze anatomii opisowéj również na 2 lata doktoranda med. Maryjana Skórskiego.

* Towarzystwo lekarskie krak. wybrało jednogłośnie członkiem swym honorowym dyrektora muzeum przemysłowego Dra Adryjana Baranieckiego, uznając liczne jego zasługi dla miasta, kraju i zawodu lekarskiego położone, a w szczególności zasługi, które niedawno w tygodniku naszym podnosiliśmy.

* Dziełko Dra Wł. Lessera, docenta chirurgii w Lipsku, wyszło w Kijowie w tłumaczeniu na język rosyjski, uskutecznioném pod redakcyią Dra Rineka, prof. chirurgii w Uniw. kijowskim św. Włodzimierza. Tytuł tłumaczenia (in 8vo str. 211) opiewa: Dr. L. Lesser, Prywat- Docent po katedrie chirurgii w Lcipzigie: Chirurgiczeskaja pomoc w słuczajach ugrożajuszczych żyzni neposredstwennoju opasnostiju. 12 lekcij, czytannych w leipzigskom Uniwersitetie w 1878—1879 godach."

Dowiadujemy się zarazem, że niezadługo staraniem redakcyi *Gazety Lekarskiéj* ukaże się w Warszawie tłumaczenie polskie tegoż dziełka.

* Kol docent Feigel we Lwowie donosi nam, że od kilku miesięcy pracuje nad „Podręcznikiem medycyny sądowéj," który spodziewa się ukończyć za kilka tygodni. Wyjdzie on we Lwowie własnym nakładem autora w objętości 24—25 arkuszy druku.

* Kol. Dr. Rydygier (w Chełmnie) donosi nam, że na żądanie Volkmanna podjął się opracowania w zbiorze wykładów jego rzeczy o częściowém wycięciu żołądka, którą jednak poprzednio ogłosi w Przeglądzie Lek.

* **Wiedeń.** Prof. Arnold w Heidelbergu nie przyjął powołania do Wiednia, przewidując zapewne, że pomimo przyjęcia nie będzie mianowanym.—Tym sposobem nominacyi Kundrata nic nie stoi na przeszkodzie.

Ministerstwo wspólne wojny wyznaczyło na rok 1882 pięć stypendyjów po 500 zła. a dziesięć po 300 zła. dla kandydatów medycyny. Chcący otrzymać jedno z tych stypendyjów winni wykazać: 1) że są obywatelami austryjackimi lub węgierskimi; 2) że nie liczą nad lat 25; 3) że zgłosili się do służby w wojsku; 4) że są stanu wolnego; 5) że prowadzili życie moralne; następnie przedłożyć: 6) świadectwo czynnego lekarza sztabowego, że fizycznie są zdolni do służby wojskowéj; 7) świadectwa ze złożonych 3 egzaminów przyrodniczych, daléj, że uczęszczali na Wydział lek. przynajmniéj przez 6 półroczy; wreszcie 8) rewers, że oprócz obowiązkowéj służby wojskowéj obowiązują się służyć przez lat 6 od dnia otrzymać się mającéj nominacyi na starszego lekarza, ewentualnie do zwrotu kwot pobranych. Ubiegający się o jedno z tych stypendyjów mają przesłać podania swe razem ze świadectwem dojrzałości do Ministerstwa wojny.

Nakładem niezmordowanéj firmy Urbana i Schwarzenberga pojawią się w roku bieżącym następujące nowe dzieła lekarskie: Arndta w Gryfii psychijatryja (25 arkuszy druku), Bernatzika i Vogla farmakologija (30 ark. druku), Eichhorsta patologija i terapija szczegółowa w 2 tomach po 50 arkuszy, Kaposiego patol. i terap. chorób skórnych wydanie 2gie, Kischa balneoterapija (25 ark. dr.), Lewina toksykologija (18 ark.), Löbischa żywienie człowieka zdrowego i chorego (25 ark.), Ludwiga chemija lekarska (25 ark.), Schwimmera dermatozy neuropatyczne, Weissa Massage, wyd. 2gie (10 ark.), Woltzendorffa mniejsze rękoczyny (30 ark.). Nadto nakładem wspomnionych księgarzy wychodzi Encyklopedyja lekarska (9 tomów ukończonych), tygodnik *W. med. Presse*, miesięcznik *W. Klinik* i *Med. chirurg. Rundschau.*

* **Londyn.** Prezes król. kolegijum chirurg. Sir Erasmus Wilson, darował sumę 10,000 funtów (120,000 zła.), celem zaprowadzenia katedry anatomii patolog. w Uniwersytecie w Aberdeen. (*Lancet*).

△ **Nagroda Hammonda.** Towarzystwo neurologów amerykańskich ogłasza konkurs na najlepszą pracę o czynnościach wzgórka wzrokowego. Najlepsza praca otrzyma nagrodę t. zw. „*William A. Hammond Prize*" 500 dolarów w złocie. Konkurs jest międzynarodowym. Rozprawa ma się opierać na własnych spostrzeżeniach, na doświadczeniach na ludziach i zwierzętach. Może być napisana w języku francuskim, angielskim lub niemieckim, w tym ostatnim tylko głoskami łacińskiemi.— Adres: franco. Dr. E. C. Séguin, 41 West, 20 Street, New-York City. Ostateczny termin do 1 lutego 1882.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Leidesdorf we Wiedniu otrzymał krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa w uznaniu wieloletniego działania użytecznego. — Prof. Trendelenburg powołany został do Bonny w miejsce Buscha, a prof. Hegar do Wrocławia w miejsce Spiegelberga. — Prof. Hayem mianowany został profesorem anatomii patologicznéj w Paryżu.—

* **Nekrologija.** D. 22 grudnia r. z. umarł w Wiskitkach Andrzéj Franciszek Wentzel, lekarz b. wojsk polskich w 78 roku życia.

W Nicei umarł Dr. Flaubert, profesor chirurgii w Rouen.

W Bernie morawskiém zmarł d. 21 bm. w 56 roku życia Dr. Aleksander Rittmann, dawniéj prymaryjusz w tamecznym szpitalu powszechnym i okulista praktyczny, autor wielu rozpraw treści historyczno-lekarskiéj, docent prywatny w Akademii technicznéj. W rozprawach swoich R. zdradzał wielką znajomość historyi i filologii z badań jednak swoich wysnuwał wnioski przesadzone, a czasem dziwaczne.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 3: Rejchmanna: Kilka słów o określaniu stopnia i przyrody kwaśności zawartości(!) żołądka; Jeleńskiego: Pogląd krytyczny na skuteczne leczenie tyfusu brzusznego jodkiem potasu (c. d.)—W *Medycynie* Nr. 3: Erlickiego (w Petersburgu): Rzut oka na pierwotne obłąkanie.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie w piątek dnia 3go lutego o godzinie 5téj w Sali Akademii Umiejętn. zwyczajne posiedzenie. Porządek dzienny: Zapowiedziane na ostatniém posiedzeniu wykłady 1) kol. Browicza, 2) kol. Ponikły. 3) kol. Mars okaże kleszcze Tarniera, 4) kol. Obaliński mówić będzie o zatruciu jodoformowém, kol. Browicz przedstawi torbiel jamy brzusznéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.